

## SPECIALE SANITÀ

*Nello scorso numero "Medico e Bambino" è uscito con un editoriale sull'invisibile questione morale, il Manifesto per la rinascita della Sanità. Oggi usciamo mettendo assieme la lettera del dott. Notarangelo su quello stesso editoriale e due articoli molto lucidi e molto ben documentati, arrivati contestualmente, che si occupano di un aspetto particolare (dott. Meneghello) e dell'aspetto generale (dott. Auconi) dello stesso tema: il cavallo che ha preso la mano al cavaliere, il Sistema che ha perso di vista il motivo per cui era nato, e il conseguente smorzarsi delle motivazioni professionali.*

*Sono veri articoli, che (ci scusiamo con gli Autori se in qualche modo li abbiamo declassati) ho preferito compattare in questo spazio franco delle Lettere, sia per saltare la lista d'attesa, sia per il loro puntuale arrivo in un momento critico per il SSN e per la qualità stessa della nostra/vostre professione o meglio del nostro/vostro esistere professionale. Vi prego di leggere questi tre pezzi senza attendervi un mio commento o una mia "risposta", che sarebbe in questo caso presuntuosa e fuori luogo, più di altre che ogni tanto mi escono dalla penna.*

*Ciascuno di questi interventi è sufficiente a produrre molte riflessioni.*

F.P.

### Il superfluo e il necessario

Pare che non sia solo una questione di soldi: il recente sciopero dei camici bianchi ha tolto il coperchio da un ribollimento di insoddisfazioni, malesseri, frustrazioni, tanto vasto da riguardare tutti i settori della professione medica, a giudicare dalla massiccia astensione.

Gli epidemiologi ci dicono che un terzo delle prestazioni erogate negli ultimi anni dai servizi sanitari italiani erano inappropriate. Nel corso del 1999, più di un milione e mezzo di ricoveri ospedalieri sono risultati inutili, ricoveri in assenza dei quali il nostro Paese avrebbe realizzato un risparmio di più di un miliardo di euro. È risultato pari al 44% il numero dei pazienti dimessi nel 1998 da reparti chirurgici con DRG medico (dunque una patologia che non richiedeva l'intervento chirurgico). Dal 1995 al 2000 c'è stato un incremento globale dei ricoveri ospedalieri (nella sola Regione Campania, un incremento dei ricoveri pediatrici pari al 41%).

Gli interventi di cataratta o di stripping

venoso, che non richiedono il ricovero in ospedale, sono stati eseguiti in regime di ricovero ordinario nell'80% dei casi. Ogni anno il 7% della popolazione italiana ricorre alle prestazioni ospedaliere: vengono eseguite un miliardo di analisi all'anno, quasi 18 analisi pro capite. L'80% di queste sono eseguite direttamente dal SSN (con una situazione molto differenziata per quanto riguarda la presenza delle strutture private: in Trentino il 93% dei laboratori di analisi sono pubblici, in Toscana l'80%, in Sicilia e in Campania il 20%). I ricoveri ospedalieri, anche ripetuti in occasione di episodi asmatici o di diabete, sono nettamente superiori alla media europea. Secondo l'Atlante della Sanità Italiana, nel 2001, ben 79.000 morti avrebbero potuto essere evitate qualora fossero stati attuati opportuni interventi di prevenzione primaria, di diagnosi precoce, di terapia tempestiva.

Sono le cifre dell'inadeguatezza sanitaria, della mancata corretta individuazione delle reali esigenze di salute della popolazione, e della relativa risposta scorretta. Un'enorme voce potenziale di risparmio. È strano che, nei media, quasi non se ne parli. L'inappropriatezza non rientra nei parametri della programmazione, nelle valutazioni degli economisti sanitari. Sembra l'uovo di Colombo: fare le cose giuste al giusto livello, alle persone giuste, e solo a quelle.

Certo, i "dati di contesto" della salute sono diventati troppo sottili, i bilanci sempre più intangibili, le "condizioni traccianti" del benessere sempre più immateriali. All'inizio dell'altro secolo, in una comunità di mille persone, veniva alla luce un bambino ogni otto giorni, attualmente nella stessa comunità ne nasce uno ogni cinquanta giorni.

Ogni trenta giorni moriva un bambino con meno di un anno di vita, oggi ne muore uno ogni otto anni. Arrivavano a 55 anni il 38% delle donne, oggi il 95%. Come sappiamo, l'elevata scolarità materna e un buon reddito della famiglia sono elementi decisivi per la tutela della salute dei bambini. Una volta era un elemento importante la vicinanza a una fonte di buona acqua potabile. Sappiamo che nel nostro Sud necessitano di miglioramento le tecniche di monitoraggio della gravidanza, che al Nord è la traumatologia della strada a rappresentare un problema saliente, a tutte le età. Diventa sempre più difficile valutare in termini empirici la funzione di produzione sanitaria: l'econometria delle prestazioni è

gravata da confondimenti e da una quota ineliminabile di inaffidabilità: è necessario un continuo aggiustamento di un'infinità di parametri per confrontare l'efficienza di ospedali, ambulatori, singoli operatori.

Il fatto è che l'assetto competitivo dei servizi sanitari, la navigazione nel mare aperto delle leggi di mercato, l'assillo del budget e della produttività, tutto spinge verso il consumo sanitario, verso l'espansione volumetrica delle prestazioni, fino al fenomeno che qualcuno ha definito di "efficienza senza efficacia".

L'esame inutile evitato, il ricovero inutile evitato, sembrano deprimere l'efficienza del sistema. L'ipocondriaco ansioso che consuma continuamente prestazioni sanitarie, analisi e accertamenti sembra possa produrre ricchezza. L'autonomia delle persone e l'autogestione nei riguardi dei problemi di salute sembrano sconvolgenti: torna attuale la vecchia idea della medicalizzazione della salute, l'ideologia della notula.

Per la complessità dei problemi di salute, la necessità di percepire la distinzione tra metodologie assistenziali e finalità assistenziali rende inadeguati il pensiero unico bocconiano e il depersonalizzato "doctor oeconomicus".

Anche per questo i medici d'Italia, al limite della sopportazione, scioperano. Ed è tale e tanta l'insofferenza per l'affidamento esplosivo di incombenze burocratiche e così netta l'inversione dei rapporti gerarchici tra clinici e amministratori che scioperano, per la prima volta, all'unanimità. Il tutto nel bel mezzo di una sciagurata "sfida inflattiva" derivante dalla crescita costante dei costi del sistema sanitario a un tasso di inflazione superiore a quello di sviluppo dell'economia (che mette il sistema sanitario in conflitto con altri sistemi sociali, la scuola, le pensioni, per ottenere quote maggiori di finanziamento) e di una incombente "sfida demografica" con le sue legioni di anziani prossime venture.

Di fronte a tanti problemi, l'ideologia sottostante alle leggi aziendalistiche getta un'ombra di dubbio sulle capacità tecniche, organizzative, e anche cognitive, del corpo sanitario: un prezzo enorme pagato in termini di demotivazione, di slancio e di presenza al malato di un'intera categoria professionale.

L'astensione dal lavoro potrebbe rappresentare un'occasione per riflettere sul come raddrizzare una sanità regolata e dominata dalla propria economia, incapace di controllare il proprio processo di evolutio-

ne, una sanità che utilizza il budget e i LEA, anziché come elementi regolatori e pianificatori o come esercizio di un diritto di cittadinanza, come vincoli globali e come depressivi tetti di spesa.

C'è da chiedersi, insieme a Mario Pirani ("La forbice sanitaria su vecchi e poveri", *la Repubblica*, 27 ottobre 2003) come mai, di fronte ai colpi assestati alla sanità pubblica in nome dell'aziendalismo e del mercato la reazione di medici, sindacati e cittadini, sia stata finora così debole. E come mai il viraggio concorrenziale dei servizi sanitari e l'estensione capillare dei principi derivati dal mondo economico (fino a un utilitarismo assai lontano dalla "missione" di un servizio sanitario pubblico) abbiano determinato, insieme alla sensibilizzazione per le implicazioni economiche delle procedure, tanti inaspettati effetti collaterali (aumento della spesa ma anche allungamento delle liste d'attesa, contrazione di posti letto, ricoveri sempre più difficili ad ogni epidemia influenzale, monocrazie manageriali, conflitti di ruolo, demotivazione...).

Poi si scopre che i dati della mortalità evitabile in Basilicata sono migliori di quelli riscontrati in molte regioni del Nord, assai più attrezzate e più in linea con i canoni della nuova produttività sanitaria. Ma, allora, qual è la vera produttività di un sistema di assistenza nei confronti della salute, delle abitudini di vita, degli incidenti stradali, dei comportamenti a rischio, delle tossicomanie? Tanti posti letto disponibili sono una risorsa o una iattura?

Proprio quando le principali cause di mortalità e morbilità richiederebbero più politica, più incisività pubblica e più "senso di appartenenza" nei confronti del sistema di assistenza non solo da parte degli operatori ma di tutti i cittadini, assistiamo allo svaporamento della funzione sociale di un servizio sanitario pubblico operato da programmi frammentari di contenimento di spesa, terziarizzazione e subappalto di servizi apparentemente non strategici, cartolarizzazione di interi edifici ospedalieri, poca ricerca, pochi fondi per la prevenzione.

L'educazione alla salute, l'autonomia delle persone, finiscono per apparire concetti vuoti, programmi velleitari o dissipatori: il bambino malato e la famiglia, sempre più "oneri" a carico delle "risorse limitate".

La medicina e la pediatria di base, per la loro posizione di confine tra la famiglia e l'ospedale, possono rappresentare una possibilità di recupero di una ormai perduta "inibizione da contatto" in grado di moderare la crescita fuori controllo.

Pietro Auconi  
UO di Pediatria, Ospedale di Marino (RM)

## Il pediatra di libera scelta, la continuità assistenziale e il Pronto Soccorso pediatrico

**Infanzia senza bambini.** L'infanzia italiana si presenta oggi con numeri e caratteristiche molto diverse dal passato. In tempi rapidi i bambini si sono ridotti di numero, diluiti in una popolazione sempre più anziana per l'allungamento della vita media. Le prospettive non sono migliori: la natalità è crollata (-50% in 40 anni), la fertilità di coppia è stabilmente ai minimi (attorno a 1,2 figli per donna), e questi due dati, congiunti alla triplicazione dell'indice di invecchiamento, renderanno sempre più isolati, senza coetanei e circondati quasi solo da adulti-anziani, i bambini italiani<sup>1,2</sup>.

**Bambini senza malattie.** Il crollo della mortalità nel primo anno di vita (-78% nel 2000 vs 1975) con una mortalità d'area 1-14 anni vicina allo zero prova che la salute infantile è nettamente migliorata (benessere, vaccini, antibiotici ecc.). Ne risulta quindi un'infanzia strutturata con pochi bimbi sani, fatto di per sé non negativo, ma nuovo, su cui il SSN, ad esempio, da alcuni decenni arranca nel prendere le contromisure organizzative<sup>3</sup>.

**Pediatrati senza bambini.** Il Bel Paese abonda di medici in genere e di pediatri in particolare: il rapporto pediatri/bambini è almeno doppio in Italia verso le medie di altri 36 Paesi geo-politicamente europei<sup>4</sup>. Dal 1981 si è organizzata la Pediatria di Famiglia con 7200 pediatri in più sul territorio, mentre era e resta «nettamente ipertrofica la rete delle UO di Pediatria»<sup>4</sup>. Con queste risorse la continuità assistenziale pediatrica dovrebbe essere un automatismo già in atto, invece è «questione difficile e da tempo irrisolta»<sup>5,7</sup>. Di contro i media diffondono notizie allarmanti come: "Cure pediatriche allo sbaraglio"; "Pediatria senza emergenza"; "Cure con il contagocce"; "Pochi dottori per i bambini" ecc., il che è l'esatto contrario della realtà appena descritta<sup>8,9</sup>.

**Malattie senza malati.** È fisiologico che una Società con pochi bambini aumenti le attenzioni per l'infanzia, ma in Italia, dalla Scuola alla Sanità, tutto pare programmato per un irrealistico "rischio zero" di «figli rari, unici, tardivi», e proprio per questo ritenuti preziosissimi<sup>10</sup>.

La domanda di salute è esplosa in controtendenza alla "quasi" estinzione della patologia grave, sostenuta da bisogni minimi esaltati con caratteristiche d'urgenza per disturbi che urgenti non sono. Bisogni più pseudo che veri, ma catalizzati da una insaziabile ricerca di sicurezza di genitori

insicuri verso quell'unico figlio che pretendono non solo "sempre sano", ma anche "non ammalabile". Nuclei familiari a struttura debole, dove i genitori lavorano entrambi e desiderano «guarito per ieri»<sup>11</sup> il bambino con URTI: una febbriola fa saltare la routine familiare basata sull'obbligata frequenza dei figli all'asilo nido, alla scuola materna ecc.

Tuttavia i problemi sanitari sono complessi, e nelle cure primarie attuali si nascondono le consuete "malattie sociali", malattie vere pressoché sempre a soluzione ambulatoriale, ad alta incidenza, come la l'OMA, la FGT, altre URTI, la polmonite, l'enterite ecc. Non è la stessa cosa sul piano dei costi del SSN e delle famiglie, né su quello delle complicità, curarle bene o male.

Il fatto è che molte sfuggono al territorio, e diventano ricoveri impropri, come è ben evidente dalle ultime statistiche di 7 IRCCS italiani che presentano ai primi posti dei DRG più frequenti: gastroenterite, OMA-URTI, adeno-tonsillectomia ecc. (Gobbi B. Il Bambino si cura in rete. *Il Sole 24 ore-Sanità*, 24 agosto 2003, pag 11). Sono dati su cui riflettere? Sono queste oggi malattie gravi e causa obbligata di frequente ricovero giustificato?

Senza addentrarci in altre cause (ipermedicalizzazione, prestazioni gratuite, ansia vera o presunta ecc.), il risultato è la saturazione di ogni offerta sanitaria con studi dei PLS sempre pieni e accessi ai PS alle stelle. La SIMEUP (con un po' di esagerazione) stima che in pochi anni il PS pediatrico abbia incrementato i suoi arrivi del 400%: vi si recherebbero 5 milioni di bambini all'anno. Questo mentre i Codici rossi sono meno dell'1%, e i Codici gialli restano sotto il 5%<sup>12</sup> (secondo lo scrivente meno del 2% tra rossi e gialli).

Questa situazione è in parte la grande madre di tassi di ospedalizzazione pediatrica alti, in lento calo, nel 2001 pari a 110 per mille, il doppio di altri Paesi a Sanità evolute, non ragionevole per le epidemiologie attuali<sup>13</sup>.

Qualcosa non quadra se da un lato scompaiono le malattie, ma nel contempo le famiglie esprimono una richiesta di salute tale da dover portare numerosi bambini ai PS, dove vengono spesso ricoverati in Ospedale!

La continuità assistenziale diurna feriale è un compito affidabile al pediatra di famiglia, e come tale dovrebbe rientrare tra i compiti previsti nei patti aziendali.

Il filtro assistenziale diurno, possibile con 7200 pediatri di famiglia sul territorio, qualora riconosciuto, supportato da direttive aziendali e organizzato con criteri condivisi, renderebbe continuative le cure primarie, evitando le anomalie appena segnalate, cioè gli accessi impropri ai PS e i rico-

P

veri in strutture che, ideate per un'assistenza di secondo livello in estinzione, tentano di riciclarsi fornendo quella di primo livello.

Gli indici di fuga dagli studi della Pediatria di famiglia durante la sua presenza sono bassi, mentre gli alti afflussi verso i PLS e le UO di Pediatria avvengono in fasce orarie ben definite e nei giorni in cui i PLS non sono in servizio. Si sa che gli accessi aumentano nettamente nei giorni festivi e pre-festivi (120/anno), quando i PLS non sono in servizio.

Non succede nulla di grave, i bambini stanno bene, ma starebbero meglio a casa anziché in coda ai PS o nelle corsie degli Ospedali, dove questo andirivieni di cure primarie in tempi di risorse limitate è tanto inutile quanto costo-inefficiente.

**Cosa fare.** Il SSN è lento nel recepire i cambiamenti: Ospedale e territorio operano per carenze di programmazione con modelli studiati quando c'erano molti bambini, numerose malattie da ricoverare, epidemie a tappeto, tassi di mortalità elevati. Oggi l'ambulatorio dei PLS può gestire quasi tutta la patologia senza ospedalizzazione, con un valido filtro, e le necessità di ricoveri come di PS sarebbero minime, circa l'1% sul globale degli interventi<sup>14</sup> (vedi *Tabella*).

Un certo numero di pediatri nei prossimi anni non verrà sostituito (250 neo-pediatri a fronte di 600 drop-out), e questo obbligherà a cambiare i modelli organizzativi per forza di cose<sup>15</sup>. L'erogazione generale delle cure pediatriche dovrà essere in grado di adattarsi rapidamente a scenari in cambiamento, modificando abitudini e modalità operative consolidate sia del territorio che dell'ospedale.

**Cosa non fare.** Aumentare sedi e numeri dei PS pediatrici, come si sente proporre nelle Commissioni regionali e nazionali:

### CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TERRITORIALE DIURNA FESTIVA E PRE-FESTIVA (120 GIORNI)

#### Report dell'anno di attività 2003

- 30.000 bambini assistibili
- 8361 contatti telefonici
- 7920 visite
- 66 ricoveri (0,8% delle visite)
- 36 consulenze (0,45% delle visite)
- soluzione "primaria" nel 98,7% degli accessi

ASL 12 VENEZIANA-Regione Veneto, Sedi di Mestre-Venezia (30.000 bambini).  
Elaborazione dati: Dott. A. Passerella, Dott. A. Rigetti.

certo, gli accessi ai PS sono aumentati, ma sono crollate le urgenze vere, la mission istituzionale di queste strutture. I DEA verrebbero ancora travolti da numeri che non sono in grado di governare col rischio che i rari casi gravi si attardino misconosciuti nel mare delle code perpetue.

È inoltre impossibile tenere in vita UO di Pediatria che tendono all'auto-chiusura per anoressia di lavoro; hanno hinterland basso, operatori dimissionari demotivati da un lavoro che non c'è più, le malattie di secondo livello.

Aumentare il numero dei PLS non risolverebbe il problema, anzi ne aggraverebbe qualcuno; più opportuna la modifica, non difficile, del modello verso un filtro territoriale organizzato. Ovviamente si dovrebbe gestire anche una migliore integrazione tra territorio e Ospedale, finora non attuata, con un occhio al triage di competenza.

**Penultima mossa.** In realtà la Convenzione, con cui i PLS hanno finora operato, ha trascurato la continuità assistenziale, a parte lodevoli sperimentazioni locali. La crescita della Pediatria di gruppo, valida risposta al riguardo, è stata scarsa (meno del 10%), mentre l'associazionismo di studi separati di PLS non ha dato risultati sulla continuità delle cure. Un territorio in funzione *gate-keeper* è possibile, purché ci sia la volontà di realizzarlo, con modelli diversi (città e campagne non sono la stessa cosa). A Mestre-Venezia con un territorio impossibile, misto di terra, acqua e isole, la continuità assistenziale funziona da tre anni, ed è stata in grado di desertificare il PS e l'Ospedale: i tassi di ricovero sono dell'1% sui 40.000 interventi alle spalle. Insomma il filtro, se ben organizzato, funziona e risolve il problema, ma... i PLS vogliono assumere questa funzione?

**L'ultima mossa.** Anche un ottimo filtro è destinato a fallire per saturazione se la famiglia non recupera i suoi compiti nella cura della salute dei pochi figli rimasti. Il SSN ha favorito la dipendenza delle famiglie dai pediatri con eccessi di interventi, in molti casi subito dagli operatori in un sistema ad accessi gratuiti (territorio), in altri casi un po' attivati dagli stessi pediatri (Ospedale) a corto di lavoro di secondo livello. Si è creata nelle famiglie e nello Stato la mentalità di un bambino a rischio zero, non solo per malattie serie, ma anche per quelle banali. I genitori corrono ai PS dopo essere già stati negli studi dei PLS (ad esempio per febbre da URTI di qualche ora); magari non sono in ansia per la salute del figlio, ma vogliono risolvere subito un imprevisto problema che disturba le loro routine (lavoro, weekend, ferie ecc.): di fatto non sanno o non vogliono gestire i disturbi minimi, anche se forniti

di ogni guida ad hoc. È un problema difficile e i rimedi non saranno indolori: ticket o comunque disposizioni più rigide sul filtro delle cure primarie. L'educazione sanitaria va perseguita ma, stando ai risultati, non sembra in grado da sola di risolvere il problema.

Le sperimentazioni in corso dimostrano la fattibilità del Servizio di continuità assistenziale pediatrica primaria diurna con validi risultati. Ecco alcuni buoni motivi per proporlo e attuarlo:

1. Le patologie ai PS sono sovrapponibili a quelle del lavoro quotidiano dei PLS, di conseguenza sembra logico affidare al territorio la gestione di queste malattie<sup>12,16-18</sup>. È inoltre indiscutibile che le malattie dell'infanzia si siano "primarizzate" al 98% circa<sup>19,20</sup>.
2. Il 98% dei pazienti viene dimesso (vedi *Tabella*): la quasi totalità dei casi sono gestibili a livello ambulatoriale con un Servizio autosufficiente che sgrava PS e UO di Pediatria dalle richieste improprie.
3. È sbagliato sottostimare i «nuovi bisogni di salute delle nuove famiglie», valutandoli solo come «acuti e banali», senza governarli, perché i pochi interventi inevasi dal singolo PLS (pochi) si sommano nei PS (in tutta Italia) in numeri elevati, difficili da gestire per quelle strutture. Questo succede già nei 120 giorni festivi e prefestivi (quattro mesi/anno) e in alcune fasce orarie<sup>17-20</sup> dei giorni feriali<sup>16</sup>. L'arrivo di malattie primarie in Ospedale non porta veri vantaggi a nessuno: bambini, famiglie, SSN in primis, ma anche, come appunto sta accadendo, nemmeno ai pediatri dei due comparti.
4. La patologia "vera" di secondo livello, oggi molto ridotta, si ridurrà ancora in futuro<sup>19</sup>: è un errore prospettico e una contraddizione irrazionale rispondere in Pediatria all'aumento parossistico dei bisogni primari potenziando le strutture di secondo livello<sup>21</sup>.

Giorgio Meneghelli  
Pediatria di Libera Scelta  
Mestre-Venezia

#### Bibliografia

1. Fonte dati: Annuari ISTAT.
2. Volpi R. C'erano una volta i bambini. Firenze: La Nuova Italia, 1998.
3. Katz M, Rubino A, et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002;109:5.
4. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
5. Calvani M, Murcio G. Una Pediatria senza barriere. *Riv Ital Pediatr* 1993;19:359-64.
6. Fanos V. La continuità assistenziale in Pediatria: nuovi scenari tra Ospedale e Territorio. *Riv Ital Pediatr* 2001;27:587-91.
7. Zampogna S, Piccotti E, Giardina A. Pronto

- soccorso pediatrico e osservazione intensiva. Riv Ital Pediatr 2001;27:592-5.
8. Corriere della Sera-Corriere Salute, 11 gennaio 2004, pag. 24-25.
9. Gobbi B. Cure pediatriche allo sbaraglio. Il Sole 24 ore-Sanità 2002;33:12-3.
10. Volpi R. I Bambini inventati. Firenze: La Nuova Italia, 2001.
11. Bauchner H, Philipp B. Una prescrizione per il cambiamento. Pediatrics 1998;10:430-3.
12. Marchi G, Di Pietro P. PS pediatrico in Italia: realtà e prospettive. Pediatria d'urgenza 2003;2:5-11.
13. Perletti L. Federalismo alla prova di salute dei bambini. Il Sole 24 ore-Sanità 2003;29:18-19.
14. Meneghelli G. Continuità assistenziale: dalla teoria alla pratica sul territorio. Quaderni di Pediatria SIP 2002;3:113-6.
15. Fiore M, Ferrando A. Il numero dei pediatri in Italia. Quanti siamo, quanti saremo, ma soprattutto quanti ne servirebbero? Rivista di Pediatria del Gaslini 2003;2:62-4.
16. Gobbi B. Troppi bambini al PS: l'80% degli accessi è inutile. Il Sole 24 ore 2002;225:16.
17. Hampers LC, Faries GS, et al. Assistenza d'urgenza dei pediatri di famiglia dopo l'orario di lavoro. Pediatrics 2002;110:6:613(ed. ital.).
18. Bartoloni M. Pediatria. La grande dimenticata: siamo pediatri full-time. Le proposte SIP per il Primo Livello. Il Sole 24 ore-Sanità, 2000;5:15.
19. Leone V. Le complicanze settiche in ORL. Medico e Bambino 2002;10:647-54.
20. Meneghelli G, Passerella A, Righetti A. Consultazione telefonica e continuità assistenziale in Pediatria. Edit Symposia 2002; 2:60-4.
21. Gobbi B. Prove generali di riordino della Pediatria d'urgenza. Il Sole 24 ore-Sanità 2003;49:16-7.

### Dopo il Manifesto per la Sanità: tra "legge morale" e "cielo stellato"

Ringrazio *Medico e Bambino* e *Prospettive in Pediatria* per il sostegno che hanno dato al Manifesto per il rinnovamento della Sanità, un contributo di idee in un momento che considero particolarmente difficile e pericoloso. Certo, la concomitanza della pubblicazione del "Manifesto" con lo sciopero che ha visto riuniti 100.000 medici non è casuale.

Non intendo qui rileggere il contenuto del "Manifesto", ma piuttosto soffermarmi su alcune riflessioni.

La nostra Costituzione afferma il diritto alla salute come principio fondamentale. Sostenere questo diritto significava riconoscere il valore della promozione della salute. Con la Legge n. 833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) veniva definitivamente affermato il principio solidaristico dell'assistenza sanitaria.

Negli anni, tuttavia, il concetto di salute si è venuto modificando: si è arricchito, inglobando anche misure di assistenza che non sono strettamente sanitarie, ma si è anche spogliato di un ottimismo un po' ingenuo e fideistico, per assumere il significato di "diritto universale alle cure".

Il SSN, nonostante i molti errori (e i peccati di indifferenza e omissione individuale), ha saputo affermarsi, fino ad essere riconosciuto come uno dei migliori al mondo. Eppure è stato sottoposto a una critica serrata. Misure adottate dai Governi (sia di Centro-Sinistra che di Centro-Destra) ne hanno sostanzialmente intaccato l'organizzazione e la filosofia.

Da questa constatazione (e dalla paura di una incombente "scivolata fatale" del SSN) è nata la mia decisione di aderire al "Manifesto". Perché, se ha ragione Franco Panizon nel sostenere l'importanza della "legge morale" e di quella coerenza tra atti, pensieri e parole che deve guidare l'operato di ciascun medico, è altrettanto importante, io credo, che questa "morale individuale" trovi - se possibile - riscontro in un'organizzazione del sistema sanitario condivisa, quasi un "cielo stellato sopra di noi" in cui rispecchiarci.

La crisi del SSN non è frutto solo delle scelte di questo Governo. Concordo con Panizon nel ritenere che una prima, decisiva spallata al Sistema sia venuta con il processo di aziendalizzazione, voluto negli anni dal Centro-Sinistra. L'idealizzazione del mercato quale principio supremo che stabilisce la giusta ricompensa (premi o punizioni) per le decisioni adottate e i comportamenti intrapresi si è, in Sanità, rivelata un grave errore. Avrebbe dovuto far riflettere già allora il fatto che il sistema di "pagamento a prestazione" (DRG) che si stava per introdurre in Italia era gravemente in crisi negli stessi Paesi da cui lo importavamo. Il nostro errore è quello di non aver levato prima la voce.

Più recentemente, due ulteriori elementi hanno messo in crisi la filosofia ispiratrice del SSN: l'idea (errata) che la spesa sanitaria sia in Italia superiore a quella degli altri Paesi avanzati, e l'idea (ingiusta) della *devolution* sanitaria. In realtà, se si analizza il rapporto tra spesa sanitaria e PIL pro capite, l'Italia è in linea con tutti gli altri Paesi avanzati (e molto meglio posizionata rispetto agli Stati Uniti). Invece, tra le diverse Regioni, il rapporto tra spesa sanitaria e PIL pro capite è diseguale: più basso al Nord (PIL alto), più alto al Sud (PIL basso). Solo il trasferimento di fondi dallo Stato alle Regioni ha permesso una accettabile uniformità delle cure; con la "devolution" si creano le premesse per il venir meno di questo principio di "equità distributiva".

Nello stesso tempo occorre riconoscere apertamente che i costi della Sanità sono destinati ad aumentare, e non solo per lo storico errore della aziendalizzazione ma anche per motivi epidemiologici (invecchiamento della popolazione) e tecnologici (innovazione).

Di fronte a questa situazione complessa è necessario riflettere. Da più parti (e io concordo con questa analisi) si sostiene che non sia possibile finanziare i costi crescenti della sanità senza "ripensare" il Sistema.

Ma qui le strade si biforcano. Da un lato vi è chi ritiene che il mezzo più efficace per far fronte alla necessità di finanziamenti crescenti sia il ricorso al "privato". In questo senso, alcune Regioni hanno aperto il "mercato" sanitario al privato, con la convinzione tutta liberista che la competizione tra strutture pubbliche e private sia lo strumento ideale per ottenere prestazioni migliori a prezzo più basso. In Lombardia, ad esempio, tra il 1996 e il 1999 i posti-letto nelle strutture private sono saliti dal 22 al 27% del totale dei posti-letto. Si comprende facilmente che si tratta degli stessi frutti avvelenati della aziendalizzazione.

Parallelamente, alcune Regioni (per lo più le stesse) hanno introdotto misure di finanziamento diretto da parte dei cittadini ("ticket").

Io e i firmatari del "Manifesto" siamo su altre posizioni. Semplificando il nostro pensiero, diremo che crediamo piuttosto alla necessità di introdurre nel Sistema delle regole, per cui solo gli interventi di comprovata efficacia entrino a far parte dei LEA (da intendere come "livelli efficaci di assistenza" più che come "livelli essenziali di assistenza") da fornire a tutti i cittadini, e che sia verificata la capacità dei medici (sia in Ospedale sia sul territorio) di applicare in modo efficace questi interventi.

Dobbiamo cioè tendere a una valutazione della nostra professionalità, basata su obiettivi di efficacia e qualità delle cure, più che a misure di carattere economico.

Ha ragione l'editoriale: Viviamo sempre di più in un mondo non-vero. Le mille luci artificiali della città hanno finito per confondere (e "oscurare") anche lo splendore del "cielo stellato sopra di noi". Sta a ognuno di noi dare, quotidianamente, l'esempio, impegnandosi e obbedendo alla "legge morale che è dentro di noi". Ma anche, io credo, discutendo insieme, magari per difendere conquiste che altri, prima di noi, ci hanno garantito e che sarebbe triste negare ai figli e ai figli dei figli.

Luigi D. Notarangelo

P

## ADHD: qualcosa si muove

A distanza di un anno dalla Conferenza Nazionale di Consenso sull'ADHD, una patologia diffusa tra bambini e adolescenti (prevalenza stimata tra 1-4% della popolazione in età scolare), nota come disturbo da deficit di attenzione con iperattività, qualcosa sembra attuarsi.

La Conferenza, tenutasi a Cagliari il 6-7 marzo 2003 e organizzata dall'Università degli Studi di Cagliari e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, aveva proposto alcune indicazioni, riassumibili in quanto segue:

- la diagnosi di ADHD, e degli altri disturbi con sintomi simili, deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve coinvolgere, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;

- il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino;

- occorre predisporre un piano nazionale (con un'articolazione a livello regionale) specifico riguardo a questa patologia, per una diagnosi che valuti in modo accurato il disturbo e per fornire un'assistenza adeguata al bambino malato e alla sua famiglia.

Le indicazioni espresse dalla Conferenza sono state recepite dal Ministero della Salute che ha deliberato la registrazione e la rimborsabilità del metilfenidato, farmaco attualmente di prima scelta per il trattamento dell'ADHD, e semplificato le procedure di prescrizione. Recentemente è stata inoltre affidata all'Istituto Superiore di Sanità l'attivazione di un Registro Nazionale dei bambini e adolescenti con ADHD al fine di monitorare che i percorsi diagnostici e terapeutici siano appropriati, efficaci e condivisi a livello nazionale.

La soddisfazione per il positivo contributo della Conferenza sarà ovviamente completa solo quando i bambini e gli adolescenti con ADHD, e le loro famiglie, potranno beneficiare di quelle cure efficaci che ancora oggi attendono.

**Alessandro Zuddas**  
Università di Cagliari

**Maurizio Bonati**  
Istituto "Mario Negri", Milano

## L'ACP e "Medico e Bambino"

Ho letto la lettera aperta del Prof. Panizon al Presidente dell'ACP Gangemi, pubblicata sul numero 1/2004 della rivista, e sono stato pervaso da una grande nostalgia.

La nostalgia delle origini (anch'io ero vivo nel 1982, anno di nascita di *Medico e Bambino* e 1° anno della mia specializzazione in pediatria), e ho vissuto con emozione sincera e partecipata quel periodo, conservandone con affetto la memoria. Medico "gettonato" all'università (il massimo della precarietà dell'epoca) mi sono lasciato permeare dal "rinnovamento umanistico della pediatria" e dallo "spirito di non-parrocchia", di "non-appartenenza-a-sestessi". Che contrasto! Da una parte il tecnicismo, l'appartenenza direi "coatta" del mondo universitario, dall'altra l'umanità e la libertà del "nuovo" che nasceva. A livello personale tante cose sono cambiate e hanno segnato la mia vita professionale e di tanti altri colleghi e non. Ma, a un livello più sociale, dell'ACP stessa e della pediatria in senso più ampio, le aspettative si sono realizzate? Siamo sicuri che l'ACP di oggi sia nello spirito dei "padri fondatori"?

È *Medico e Bambino* che si è allontanata dall'ACP o è l'ACP che si è allontanata da *Medico e Bambino*?

Rispondo parafrasando Corrado Guzzanti: «La seconda che hai detto».

Pace a tutti

**Costantino Apicella**  
Pediatra di Famiglia, Sorrento

Vorrei con questa mia esprimere il mio personale parere su quanto apparso sul numero di gennaio 2004 della Rivista nelle pagine dell'Editoriale e della rubrica delle lettere, la cui lettura porta sempre il sottoscritto e penso molti altri pediatri a voler esternare le proprie idee come ci si trovasse in un dibattito aperto a tutti (cosa già questa indice del gradimento o comunque di una attenzione che i lettori rivolgono ad una Rivista). Panizon lancia praticamente un referendum su *Medico e Bambino* chiedendo di scrivere solo le critiche, ma chi va a votare (o non votare) ha diritto di rispondere alle domande referendarie per come Coscienza e Cuore gli suggeriscono, e tali saranno (con l'aggiunta di qualche commento) le mie risposte.

Abbiamo tradito la qualità dell'informazione scientifica? La sua indipendenza? Il rispetto delle opinioni? L'impegno civile? La democrazia del dibattito? L'onestà intellettuale e professionale? Qualche ideale? Il coraggio di sostenerlo?

Rispondo no a tutti i quesiti per i seguenti motivi: l'informazione scientifica e la

sua indipendenza sono sempre state garantite dalla pubblicazione di articoli, dalla recensione di lavori di altre riviste, e dalla presenza di opinioni diverse nelle varie sezioni della Rivista, con la possibilità critica (nel senso positivo del termine) da parte del lettore di farsi un'idea e di confrontare delle idee e tesi diverse, di poter anche non leggere ciò che potesse essere giudicato non interessante.

Personalmente ho poi sempre apprezzato l'indipendenza soprattutto in questi ultimi tempi in cui, a mio avviso, l'ingerenza dell'industria sta influenzando in modo pericoloso i lavori scientifici e con essi di conseguenza i messaggi che passano alla classe medica. La Redazione ha garantito che le diverse voci della pediatria potessero trovare posto nelle rubriche dedicate, tenendo sempre vivo il dibattito (alcune volte molto vivace) sui problemi dell'area pediatrica dove inevitabilmente i distinguo di natura politico-sindacale sono motivi di scontro. Probabilmente è stato proprio questo rispetto delle opinioni lo "spirito di non parrocchia e di non appartenenza a se stessi" che può aver portato qualcuno (come dice Gangemi) "a lamentare il progressivo allontanamento di *Medico e Bambino* dalla ispirazione e motivazione originarie".

Ecco, bisognerebbe sapere chi è questo "qualcuno", se va identificato in un singolo lettore o se sia invece una categoria o una parte di essa che vorrebbe sfruttare una Rivista affermata come propria cassa di risonanza. Personalmente sono per la seconda ipotesi (anche se forse potrebbe essere proprio Gangemi a chiarire il dubbio), e penso che "le lotte di potere" che si sono verificate nelle elezioni nazionali e regionali della SIP e anche gli attacchi che sono stati sferrati all'ACP e ai responsabili editoriali di *Quaderni acp* mi diano ragione. A tale proposito va segnalato come alcuni gruppi culturali locali si siano di recente staccati dall'ACP nazionale per motivazioni che sembrano prettamente politiche.

Il mio personale augurio è che quindi la Rivista continui a svolgere il suo compito di formazione e di aggiornamento professionale del pediatra, mantenendo tutte le sue peculiarità che ne hanno fatto in questi anni la rivista pediatrica italiana più letta e apprezzata, come apprezzati e frequentati sono i convegni che *Medico e Bambino* organizza o sponsorizza ("Confronti in Pediatria", "Le Giornate di *Medico e Bambino*", "I Casi Indimenticabili" di Vicenza ecc.).

**Antonino Baio**  
Pediatra di base, Dolo (VE)

*Veramente, avevamo detto che avremmo accettato solo le critiche. Ma avevamo anche detto, sempre, che non avremmo cestinato nessuna lettera. Grazie comunque, per i*

---

commenti su *Medico e Bambino*.

*Per l'ACP vorrei correggermi. L'ACP di oggi è naturalmente diversa, nel senso che non può più non esserlo rispetto all'ACP di ieri. Ha 3000 iscritti, quella di ieri ne aveva 300. Ha un potere e un dovere di mobilitazione, di organizzazione, di informazione, che ieri non aveva. Non ci può non essere qualche scotto da pagare, qualche arrangiamento da accettare. Accettate qualche arrangiamento, e pensate positivamente. Think pink!*

F.P.

---

### **Gruppo A o B per lo *Streptococcus pyogenes*?**

Un commento a proposito di un'affermazione contenuta nell'articolo "Le affezioni suppurative dello scheletro" (*Medico e Bambino*, settembre 2003, pag. 431). Parlando dell'eziopatogenesi dell'osteomielite nel neonato, si cita lo *Streptococcus pyogenes*, identificandolo quale beta-emolitico di gruppo B. Che io sappia, *Streptococcus pyogenes* è la denominazione assegnata allo streptococco beta-emolitico di gruppo A, cioè all'agente eziologico della faringite batterica, della scarlattina e delle successive complicanze non suppurative. Questa almeno è la dizione usata dal laboratorio microbiologico di riferimento della mia zona. Chi ha ragione?

**Antonio Meo, Rovigo**

*Ha torto "Medico e Bambino", e anche un torto abbastanza plateale. Nella classificazione di Lancefield, lo streptococco gruppo A è lo S. pyogenes, il B è lo S. agalactiae, il C è lo S. equi, il D comprende enterococchi e non-enterococchi, mentre il viridans è tra i "non-raggruppabili".*

*Grazie, comunque.*

F.P.

---

### **Parole rubate**

*Il chirurgo ha da stare molto attento  
quando maneggia il bisturi  
giusto sotto al suo taglio perfetto  
palpita - è lì - il colpevole: la vita.*

*Emily Dickinson (1861-86)*

P